de débarrasser complètement de ce gaz l'oxyde de carbone qu'il employait, et c'est à l'acide carbonique, vraisemblablement, que doit être attribué pour la plus large part l'arrêt de la germination dans les expériences du grand physiologiste.

NOTE SUR UN CAS DE CANCER DU CORPS THYROÏDE AVEC CANCER SECONDAIRE DES MUSCLES SOLÉAIRE ET JUMEAUX ;

Par M. Adrien Pic, interne des hôpitaux de Lyon.

La nommée M... (Benoîte), 62 ans, couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 25, service de M. Daniel Mollière, chirurgien-major titulaire de l'Hôtel-Dieu, le 11 mai 1888. Elle est atteinte depuis un an d'une hypertrophie du corps thyroïde, qui n'a produit pendant plusieurs mois aucun trouble fonctionnel appréciable ; depuis six mois, elle a un peu de dysphagie et de dyspnée. Depuis quelques jours seulement se sont manifestés tous les signes d'un goître suffocant.

Le soir même de son entrée, la malade présente de la cyanose des lèvres, de l'orthopnée et du cornage. A la place du corps thyroïde normal, existe une tumeur grosse comme le poing, dure, bossselée, peu douloureuse ; un prolongement s'enfonce en arrière de la fourchette sternale; la peau est parcourue par un lacis veineux de moyenne abondance ; des ganglions entourent la tumeur et lui adhèrent ; pas de ganglions sus ou sous-claviculaires ; pas de battements ni de souffle. Léger degré d'exophthalmie. La malade appelle l'attention sur une tumeur siégeant à la face postérieure de la jambe droite, au niveau des jumeaux et du soléaire ; cette tumeur est dure, indolente, du volume d'une grosse orange, et paraît faire corps avec les deux couches musculaires, superficielle et moyenne, du mollet, tandis quelle glisse sur la couche profonde. L'auscultation ne révèle rien d'anormal aux poumons, sauf le retentissement des râles trachéaux et l'obscurité du murmure vésiculaire. Rien au cœur. Pendant la nuit, à une dyspnée extrême succède le coma ;

M. Chabalier, interne de garde, et M. Pic, pratiquent la trachéotomie ou plutôt la cricotomie, la tumeur empêchant d'aborder la trachée au niveau de ses premiers anneaux. On emploie une canule très longue, de façon à dépasser le point de la trachée comprimée par la tumeur. Au cours de l'opération, hémorrhagie veineuse assez difficile à arrêter, provenant des veines entourant la tumeur; celle-ci, sectionnée en un point par le bistouri, a un aspect jaunâtre, paraît dure et peu vasculaire.

Après la trachéotomie, inhalations d'oxygène qui, au bout de quatre heures, font cesser le coma.

M. Mollière, qui examine alors la malade, porte le diagnostic de sarcome du corps thyroïde, avec généralisation aux muscles du mollet droit.

Depuis l'opération, la dyspnée n'a pas reparu ; mais malgré des soins antiseptiques constants et minutieux, la plaie s'élargit de jour en jour; la cachexie progresse, et la malade meurt sans suffocation, le 24 mai 1888.

A l'autopsie, la tumeur thyroïdienne est ferme, jaunâtre, entourée de ganglions, sa forme est celle d'une poire dont la grosse extrémité correspondrait à la situation normale de la thyroïde, et le sommet s'enfoncerait derrière le manubrium, à une profondeur d'un centimètre environ ; à la coupe, suc cancéreux peu abondant. La tumeur du mollet droit occupe les muscles jumeaux et soléaire qui sont confondus dans une même masse dure, blanc jaunâtre à la coupe, et facilement isolable des muscles et du tissu cellulaire ambiants. Tous les viscères sont examinés, on n'y trouve aucune trace de généralisation cancéreuse.

Les tumeurs thyroïdienne et musculaire sont examinées au point de vue histologique, par M. Bard, agrégé à la Faculté. (Le résultat de cet examen est consigné sur le registre du laboratoire d'anatomie pathologique sous le n° 143, 1888). La tumeur thyroïdienne est constituée par un amas de cellules embryonnaires, arrondies, petites, qui répondent au type histologique des cellules des cancers primitifs du corps thyroïde, tel qu'il résulte de l'examen de plusieurs tumeurs de ce genre par M. Bard. Nous n'insisterons pas sur les détails qui caractérisent ce type, et qui seront prochainement développés par M. Orcel, dans un mémoire en cours de prépa-

ration au laboratoire d'anatomie pathologique. Il s'agit donc ici d'une tumeur maligne, d'un cancer du corps thyroïde sans stroma; suivant les données classiques, ce serait un sarcome. Sur les coupes de la tumeur des muscles soléaire et jumeaux on ne retrouve que quelques fibres musculaires à peine reconnaissables, près de l'insertion des tendons. A part quelques bandes de tissu fibreux adulte et ondulé, en très petit nombre, la structure est identique à celle de la tumeur primitive, si bien que la différenciation entre les deux sortes de coupes serait impossible à faire au centre de la tumeur, où l'on ne trouve plus traces de tissu musculaire ou tendineux; partout se présentent sous le champ du microscope des amas de cellules embryonnaires, présentant les caractères spéciaux auxquels nous avons fait allusion plus haut. C'est donc un cancer des muscles soléaire et jumeaux, secondaire à un cancer du corps thyroïde, et reproduisant tous les caractères de la tumeur primitive.

En résumé, la tumeur examinée est un cancer primitif développé aux dépens des cellules propres épithéliales du corps thyroïde, et la tumeur du soléaire n'est qu'un noyau secondaire de la tumeur thyroïdienne. C'est la première fois, croyons-nous, que l'on signale un cancer musculaire secondaire à un cancer du corps thyroïde, bien qu'on ait plusieurs fois noté des métastases viscérales ou osseuses (Cohnheim, *Arch. de Virchow*, t. LXVIII; Wolfler, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIV et XXIX, et *Wien. med. Wochenschrift*, 1882, entre autres observations.)

..... Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Tout d'abord, c'est un cas à ajouter à la liste des cancers thyroïdiens primitifs, affection moins rare qu'on ne le croyait autrefois. En outre, nous tenons à appeler l'attention sur deux points, l'un clinique, l'autre anatomo-pathologique.

En ce qui concerne la symptomatologie, nous avons relevé dans notre cas les principaux signes permettant de différencier l'évolution des tumeurs malignes de celle des goîtres, d'après P. Berger (*Rev. de Hayem*, 1879, t. XIV) : développement rapide, intégrité de la peau, confusion des ganglions dégénéré avec la tumeur; pas de douleurs bien marquée à la pression. Nous n'avons pas observé chez notre malade ces douleurs lancinantes, auxquelles Rose (*Arch. de Langenbeck*,

1879), a d'ailleurs refusé toute valeur clinique. Dans les derniers jours toutefois, la malade se plaignait d'irradiations douloureuses dans la région mastoïdienne droite et dans la tête; fait déjà signalé par Nélaton. Mais les symptômes qui de beaucoup étaient au premier plan consistaient en une dysphagie assez prononcée et surtout une dyspnée à forme suffocante.

Chez notre malade la marche, d'abord lente, se précipita les six derniers mois de son existence, qui a été prolongée notablement par une opération palliative, trachéotomie. Si nous nous référons à l'excellente revue générale du docteur Albertin (in *Province médicale*, 1888, n° 3), à laquelle nous avons déjà fait de nombreux emprunts bibliographiques, nous constatons que, d'après la statistique de Broun (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1882, t. XXVIII), la survie la plus longue après la trachéotomie a été de douze jours; M. Albertin relate en outre deux observations de M. le professeur Poncet, où la survie fut dans l'une de huit jours, dans l'autre d'une journée. Notre cas, où la survie a été de treize jours, a donc été plus heureux que les précédents. Le bénéfice retiré par la malade, de cette opération d'urgence, a été réel, et nous croyons avec notre maître, M. D. Mollière, que ce traitement, quelque peu curatif qu'il soit, n'en présente pas moins de sérieux avantages. Nous différons donc d'avis avec Lebert; suivant cet auteur, dit Albertin, il faut repousser toute intervention chirurgicale, au risque d'abréger les souffrances du malade aux dépens de sa vie; cette assertion ne nous paraît devoir être appliquée qu'à l'opération radicale, qui au reste n'est guère soutenue actuellement, les résultats obtenus étant déplorables. Bien que ne pouvant apporter pour appuyer notre dire un faisceau d'observations, nous croyons inexacte la phrase de Broun, disons que l'opération n'a jamais donné que peu de répit au malade, ne diminuant que très peu la dyspnée.

Au point de vue anatomo-pathologique, qu'on nous permette de faire remarquer que le corps thyroïde obéit, comme tous les autres organes, à la loi générale posée par M. Bard (*Arch. physiologie*, 1885; *Province médicale*, 1888; et Mémoires divers), et suivant laquelle les cellules du néoplasme d'un organe donné répondent aux caractères essentiels du

type cellulaire normal de l'organe considéré, et que, d'autre part, dans tout noyau secondaire, quel que soit d'ailleurs son lieu de développement dans l'organisme, les cellules sont de même type que celles de la tumeur primitive dont elles émanent.

UN CAS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS ;

Par M. C. BARBIER, interne des hôpitaux de Lyon.

Le 29 janvier 1888, entre dans le service de M. le docteur Vinay (Maternité de l'Hôtel-Dieu), une femme âgée de 38 ans, la nommée T... M.-V. Voici les renseignements donnés sur cette femme :

Elle est multipare, c'est son septième accouchement. Tous les autres ont été normaux. Bonne santé habituelle.

Le 29 au matin, elle prend des douleurs : rupture de la poche des eaux. Une accoucheuse appelée dans la matinée constate par le toucher une procidence des deux bras (c'est du moins ce qu'elle raconte). Elle tente la réduction des bras, puis la version sans succès. Vers une heure de l'après-midi, après la tentative de version, il se produit une hémorrhagie externe épouvantable qui continue, quoique plus faible, pendant le transport de la malade à l'hôpital.

On apporte cette femme à 2 heures ; elle est dans la prostration la plus complète. La face est pâle, les membres glacés, le pouls insaisissable. Elle répond à peine aux questions qu'on lui fait et ne réagit absolument pas pendant l'exploration et les déplacements qu'on est obligé de lui faire subir. Au moment où on la dépose sur le lit de douleur, elle prend un vomissement « marc de café ».

Notre collègue de garde, appelé en toute hâte en notre absence, arrive à ce moment et voici ce qu'il constate : Le ventre n'est pas déformé. Il présente une coloration violacée, mais un aspect normal. Une main pend à la vulve, c'est la main droite. L'autre bras est dans le vagin ; la tête se présente au détroit supérieur. Diagnostic probable : présentation du sommet avec procidence des bras (primitive ou consécutive à l'intervention de l'accoucheuse ?). Décollement pré-